



Este documento es solo un resumen. Si desea más detalles sobre su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o el documento del plan en www.wellcareplans.com o llamando al 1-855-582-6175.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000 por persona/ \$6,000 por familia. No se aplica a visitas al PCP, visitas a especialistas, cuidado preventivo, cuidado en hospicio y medicamentos genéricos de nivel 1.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utiliza. Verifique su póliza o el documento del plan para ver cuándo el deducible se inicia nuevamente (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted no está obligado a alcanzar deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para otros costos de servicios cubiertos por este plan.
¿Existe un límite en mis gastos de bolsillo ?	Sí. \$5,000 por persona/ \$10,000 por familia. Los montos de copago/ coseguro se consideran para el límite de gastos de bolsillo .	El límite de gastos de bolsillo es el monto más alto que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de cuidado de la salud.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos por saldos no cubiertos, el cuidado de la salud recibido pero no cubierto por este plan, y las multas.	Si bien usted paga estos gastos, ellos no se consideran para el límite de gastos de bolsillo .
¿Existe un límite anual general sobre lo que el plan paga?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe todo límite sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos específicos, tales como visitas al consultorio.
¿Utiliza este plan una red de proveedores ?	Sí. Para una lista de los proveedores participantes, visite www.wellcareplans.com/fap_search o llame al 1-855-582-6175.	Si usted utiliza un médico u otro proveedor de cuidado de la salud dentro la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para ciertos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de su red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer cómo este plan paga a diferentes clases de proveedores .
¿Necesito un referido para consultar a un especialista ?	Sí. Se necesita un referido por escrito.	Este plan pagará parte o la totalidad de los costos por una visita a un especialista para recibir servicios cubiertos, pero solo si usted tiene el permiso del plan antes de consultar a un especialista .
¿Existen servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se listan en la página 6. Consulte su póliza o el documento del plan para información adicional sobre los servicios excluidos .

KY027102_HIX_SOB_SPA State Approved 09112014 Preguntas: Llame al 1-855-582-6175 o visítenos en www.wellcareplans.com.

Si no comprende claramente alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en

www.wellcareplans.com/ky_sb o llame al 1-855-582-6175 para solicitar una copia.

©WellCare 2014 KY_07_14

KYXSYSOB61738S

62960



- Los **copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por cuidado de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es la parte que le corresponde de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** por el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan por una internación en hospital hasta el día siguiente es \$1,000, el pago del 20 % de su **coseguro** sería \$200. Esto puede cambiar si usted no ha alcanzado su **deducible**.
- El monto que el plan paga por servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra un más del **monto permitido**, posiblemente usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una internación hasta el día siguiente y el **monto permitido** es \$1,000, tal vez usted deba pagar la diferencia de \$500. (Esto se denomina **facturación de saldos impagos**).
- Este plan puede alentarle a utilizar **proveedores** participantes cobrándole montos de **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usted utiliza un proveedor participante	Su costo si usted utiliza un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidado de la salud	Visita de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	Visitas 1 a 3; \$0 de copago 4 o más visitas; 30 % de coseguro / visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	-----Ninguno-----
	Visita a especialistas	30 % de coseguro / visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	-----Ninguno-----
	Visita al consultorio de otro profesional - Quiropráctico	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	La terapia de manipulación se limita a 12 visitas por año.
	Cuidado preventivo/examen de diagnóstico/ inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a las recomendaciones del Grupo de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. (A y B únicamente), las recomendaciones del Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), y las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud para mujeres y niños.
Si usted se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	El copago puede variar en función de los servicios proporcionados y el entorno donde se reciben los servicios cubiertos.
	Estudios de imágenes (CT/Tomografía PET, MRI)	30 % de copago / visita después del deducible	Sin cobertura	El copago puede variar en función de los servicios proporcionados y el entorno donde se reciben los servicios cubiertos.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usted utiliza un proveedor participante	Su costo si usted utiliza un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> está disponible en www.wellcareplans.com/ky_form_search	Medicamentos genéricos	30 % de coseguro (de venta minorista), 30 % de coseguro (pedido por correo) no se aplica el deducible	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (de venta minorista) y un suministro de 90 días (pedido por correo).
	Medicamentos de marca preferidos	30 % de coseguro (de venta minorista), 30 % de coseguro (pedido por correo) después del deducible	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (de venta minorista) y un suministro de 90 días (pedido por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	30 % de coseguro (de venta minorista), 30 % de coseguro (pedido por correo) después del deducible	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (de venta minorista) y un suministro de 90 días (pedido por correo).
	Medicamentos específicos	30 % de coseguro (pedido por correo) después del deducible	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (pedido por correo).
Si usted se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (por ejemplo, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. El copago puede variar en función de los servicios proporcionados y el entorno donde se reciben los servicios cubiertos.
	Cargos de médicos/cirujanos	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. El copago puede variar en función de los servicios proporcionados y el entorno donde se reciben los servicios cubiertos.
Si necesita cuidado médico inmediato	Servicios de la sala de emergencias	30 % de coseguro / visita después del deducible	30 % de coseguro / visita después del deducible	No se aplica en caso de admisión.
	Transporte para servicios médicos de emergencia	30 % de coseguro / visita después del deducible	30 % de coseguro / visita después del deducible	-----Ninguno-----
	Cuidado urgente	30 % de coseguro / visita después del deducible	30 % de coseguro / visita después del deducible	No se aplica en caso de admisión.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usted utiliza un proveedor participante	Su costo si usted utiliza un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si usted debe ser internado	Cargo del centro (por ejemplo, cuarto de hospital)	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cargo de médicos/cirujanos	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Incluido en el cargo del centro.
Si usted tiene necesidades de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes ambulatorios	Visitas 1 a 3; \$0 de copago 4 o más visitas; 30 % de coseguro / visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes internados	30 % de coseguro / internación después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Visitas 1 a 3; \$0 de copago 4 o más visitas; 30 % de coseguro / visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	30 % de coseguro / internación después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
Si usted está embarazada	Cuidado prenatal y posnatal	Sin cargo no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Parto y todos los servicios para pacientes internados	30 % de coseguro / internación después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usted utiliza un proveedor participante	Su costo si usted utiliza un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si usted necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Limitado a 100 visitas por año calendario de al menos cuatro horas de duración por visita.
	Servicios de rehabilitación	Visitas 1 a 3; \$0 de copago 4 visitas o más; 30 % de coseguro / visita para PT/OT/ST no se aplica el deducible 30 % de coseguro / visita después del deducible, para otros servicios de rehabilitación y habilitación	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Límite de 20 visitas por año calendario para terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional y rehabilitación pulmonar. Límite de 36 visitas por año calendario para rehabilitación cardíaca. Límite de 12 visitas por año calendario para terapia de manipulación. Límite de 60 visitas por año calendario para terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios
	Servicios de habilitación	Visitas 1 a 3; \$0 de copago 4 visitas o más; 30 % de coseguro / visita para PT/OT/ST no se aplica el deducible 30 % de coseguro / visita después del deducible, para otros servicios de rehabilitación y habilitación	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Los mismos límites que para los servicios de rehabilitación.
	Cuidado de enfermería especializada	30 % de coseguro / internación después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Limitado a 90 días / año.
	Equipo médico duradero	30 % de coseguro / artículo después del deducible.	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Los audífonos para menores de 18 años se limitan a 1 por oído cada 36 meses.
	Servicio de hospicio	\$0 de copago / internación no se aplica deducible	\$0 de copago / internación no se aplica deducible	Es posible que se requiera autorización previa.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usted utiliza un proveedor participante	Su costo si usted utiliza un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen ocular	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Limitado a 1 / año para miembros menores de 21 años.
	Anteojos	30 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Limitado a miembros menores de 21 años. Limitado a 1 par / año. Limitado a 1 par adicional de reemplazo / año, si es médicamente necesario.
	Control dental	30 % de coseguro / visita después del deducible	Sin cobertura	Limitado a miembros menores de 21 años. Limitado a 2 limpiezas / año, extracciones y empastes.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Para otros servicios excluidos, revise su póliza o documento del plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica para la obesidad mórbida
- Cuidado quiropráctico prestado en el hogar
- Cirugía cosmética, excepto para corregir un impedimento funcional
- Cuidado dental (adultos)
- Audífono (excepto para recién nacidos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado médico sin carácter de emergencia al viajar fuera de los EE. UU.
- Cuidado de los ojos de rutina (para adultos)
- Cuidado del pie de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Para otros servicios cubiertos y los costos de esos servicios, revise su póliza o documento del plan).

- Enfermería privada

Sus derechos para continuar la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden brindar protecciones que le permiten conservar esta cobertura de seguro de salud, siempre que usted pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, como las siguientes:

- Usted comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, comuníquese con la aseguradora al 1-855-582-6175. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado en la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo al: 1-866-444-EBSA (3272), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.ccio.cms.gov.

Sus derechos a presentar protestas y apelaciones:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con un rechazo de cobertura por reclamaciones a su plan, es posible que pueda **apelar** o presentar una **protesta**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, esta notificación, o si necesita asistencia, comuníquese con: WellCare Health Plans of Kentucky, Inc. en www.wellcareplans.com o al 1-855-582-6175.

¿Esta cobertura proporciona una cobertura esencial mínima?

La Ley de Cuidado Asequible requiere a la mayoría de las personas tener cobertura de cuidado de la salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona una cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple la norma de valor mínimo?

La Ley de Cuidado Asequible establece una norma de valor mínimo para los beneficios de los planes de salud. La norma de valor mínimo es del 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple la norma de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso a idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-374-4056.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-374-4056.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-374-4056.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-374-4056.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de un ejemplo de situación médica, vea la página siguiente.*—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir el cuidado médico en determinadas situaciones. Utilice estos ejemplos para ver, en general, la cantidad de protección financiera que un ejemplo de paciente podría recibir si está cubierto por diferentes planes.



Esto no es un estimador de costos.

No utilice estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo este plan. El cuidado que usted recibirá será diferente de estos ejemplos, y el costo de ese cuidado también será diferente.

Vea la página siguiente para información importante acerca de estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- **Monto adeudado a proveedores:** \$7,540
- **El plan paga** \$3,040
- **El paciente paga** \$4,500

Ejemplos de costos para el cuidado:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otras medidas preventivas	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,300
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$4,500

Manejo de diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición médica bien controlada)

- **Monto adeudado a proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$2,020
- **El paciente paga** \$3,380

Ejemplos de costos para el cuidado:

Recetas	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas y otras medidas preventivas	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$2,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$900
Límites y exclusiones	\$80
Total	\$3,380

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones en los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos para el cuidado se basan en promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., y no son específicos a un área geográfica particular o un plan de salud determinado.
- La condición del paciente no era una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hubo otros gastos médicos de ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió todo el cuidado de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido el cuidado de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido mayores.

¿Qué muestran los ejemplos de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura ayuda a ver cómo se suman los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. También le ayuda a ver qué gastos podrían quedar a su cargo cuando el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de cuidado médico?

✗ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. El cuidado que usted recibiría por esa condición podría ser diferente de acuerdo con los consejos de su médico, su edad, la gravedad de la condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son estimadores de costos. Usted no debe utilizarlos para estimar los costos para una condición real. Se muestran únicamente con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes, dependiendo del cuidado que reciba, los cargos de sus **proveedores** y el reembolso permitido por su plan de salud.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Al comparar planes, verifique el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más pequeña sea esa cifra, tanto más cobertura ofrece el plan.

¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que usted paga. En general, cuanto más baja sea la **prima**, tanto más tendrá que pagar en gastos de bolsillo tales como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe considerar las contribuciones a sus cuentas, como cuentas de ahorros para gastos de salud (HSA), arreglos de gastos flexibles (FSA) y cuentas de reembolso de gastos de salud (HRA), que le ayudan a pagar sus gastos de bolsillo.

Glosario de términos médicos y de cobertura de la salud

- Este glosario incluye muchos términos de uso común, pero no es una lista completa. Los términos y definiciones de este glosario procuran ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones utilizados en su plan. Además, es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado que cuando se utilizan en su póliza o plan, en cuyo caso debe utilizarse el significado que corresponda a la póliza o plan. (Para información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan, vea el Resumen de Beneficios y Cobertura).
- El texto **azul en letra negrita** indica los términos definidos en este glosario.
- Consulte la página 4 para ver un ejemplo de cómo los **deducibles**, **coseguros** y **límites de gastos de bolsillo** trabajan en conjunto en una situación de la vida real.

Monto permitido

Cantidad máxima sobre la que se basa el pago por los servicios de cuidado de la salud cubiertos. También se denomina “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”. Si su **proveedor** cobra más del monto permitido, es posible que usted deba pagar la diferencia. (Vea **facturación de saldos impagos**).

Apelación

Una solicitud de su **plan** o compañía de seguro de salud para volver a revisar una decisión o una **protesta**.

Facturación de saldos impagos

Cuando un **proveedor** le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el **monto permitido**. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede enviarle una factura por los restantes \$30. Un **proveedor preferido** *no* puede facturarle el saldo impago por servicios cubiertos.

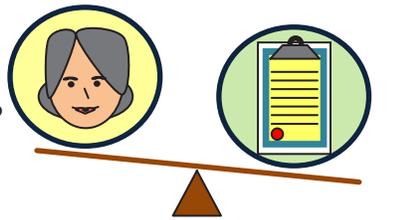
Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de cuidado de la salud cubierto, calculada como un

porcentaje (por ejemplo, 20 %) del **monto permitido** para el servicio.

Usted paga el coseguro, **más cualquier deducible**

adeudado. Por ejemplo, si el monto permitido por su **plan** o **seguro de salud** para una visita al consultorio es de \$100 y usted ya ha pagado su deducible, su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El plan o seguro de salud paga el resto del monto permitido.



Jane paga	Su plan paga
20 %	80 %
(Para un ejemplo detallado, vea la página 4).	

Complicaciones del embarazo

Condiciones debidas a un embarazo, trabajo de parto y nacimiento que requieren cuidado médico para prevenir daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y las cesáreas sin carácter de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

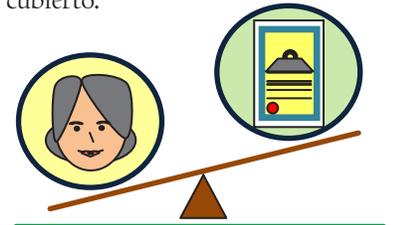
Copagos

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de cuidado de la salud cubierto, por lo general cuando recibe el servicio. Este monto puede variar según el tipo de servicio de cuidado de la salud cubierto.

Deducible

La cantidad que usted adeuda por servicios de cuidado de la salud cubiertos por su **plan** o **seguro de salud** antes de que este comience a pagarlos. Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted

no haya alcanzado su deducible de \$1000 por los servicios de cuidado de la salud cubiertos sujetos a el deducible. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.



Jane paga	Su plan paga
100 %	0 %
(Para un ejemplo detallado, vea la página 4).	

Equipo Médico Duradero (DME)

Equipos y suministros solicitados por un **proveedor** de cuidado de la salud para uso diario o prolongado. La cobertura para DME puede incluir: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de control de glucosa en sangre para personas diabéticas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave para la cual una persona razonable buscaría cuidado de inmediato a fin de evitar daños graves.

Transporte para servicios médicos de emergencia

Servicios de ambulancia para una **condición médica de emergencia**.

Cuidado médico en sala de emergencias

Servicios de emergencia que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia

Evaluación de una **condición médica de emergencia** y tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos

Servicios de cuidado de la salud que su **plan** o **seguro de salud** no paga ni cubre.

Protesta

Una queja que usted comunica a su **plan** o compañía de seguro de salud.

Servicios de habilitación

Servicios de cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funciones para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad considerada normal para ello. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de condiciones como paciente internado y/o ambulatorio.

Seguro de salud

Un contrato que requiere que su compañía de seguro de salud pague una parte o la totalidad de sus costos de cuidado de la salud, a cambio de una **prima**.

Cuidado de la salud en el hogar

Servicios de cuidado de la salud que una persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio

Servicios para proporcionar comodidad y apoyo a una persona y su familia en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalization

Cuidado en un hospital que requiere ser admitido como paciente internado y que usualmente exige una internación hasta el día siguiente. Una internación hasta el día siguiente con fines de observación puede ser parte del cuidado como paciente ambulatorio.

Cuidado en hospital para pacientes ambulatorios

Cuidado en un hospital que usualmente no requiere una internación hasta el día siguiente.

Coseguro dentro de la red

El porcentaje del **monto permitido** (por ejemplo, 20 %) que usted paga por servicios de cuidado de la salud cubiertos, a los **proveedores** que tienen un contrato con su **plan** o **seguro de salud**. El coseguro dentro de la red usualmente cuesta menos que un **coseguro fuera de la red**.

Copago dentro de la red

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de cuidado de la salud cubiertos, a los **proveedores** que tienen un contrato con su **plan** o **seguro de salud**. Los copagos dentro de la red usualmente son menores que los **copagos fuera de la red**.

Medicamento necesario

Servicios de cuidado de la salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, malestar o sus síntomas y que cumplen los estándares de la medicina.

Red

Los centros, **proveedores** y suministradores que su **plan** o compañía de seguro de salud ha contratado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.

Proveedor no preferido

Un **proveedor** que no tiene un contrato con su **plan** o compañía de seguro de salud para proveerle servicios. Usted tendrá que pagar más para consultar a un proveedor no preferido. Lea su póliza para comprobar si usted puede visitar a todos los proveedores que tienen un contrato con su **plan** o **seguro de salud**, o si su **plan** o **seguro** tiene una **red** de "niveles". En este caso, usted tendrá que pagar un monto adicional para consultar a algunos de ellos.

Coseguro fuera de la red

El porcentaje del **monto permitido** (por ejemplo, 40 %) que usted paga por servicios de cuidado de la salud cubiertos, a los proveedores que **no** tienen un contrato con su **plan** o **seguro de salud**. Un coseguro fuera de la red usualmente cuesta más que un **coseguro dentro de la red**.

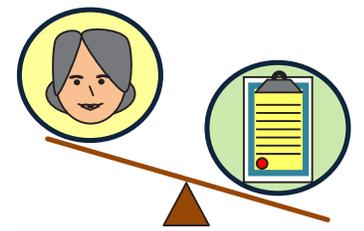
Copago fuera de la red

Un monto fijo (por ejemplo, \$30) que usted paga por servicios de cuidado de la salud cubiertos, proporcionados por proveedores que **no** tienen un contrato con su **plan** o **seguro de salud**. Los copagos fuera de la red usualmente son mayores que los **copagos dentro de la red**.

Límite de gastos de bolsillo

La máxima cantidad que usted paga durante un período de la póliza (usualmente un año) antes de que su **plan** o **seguro de salud** comience a pagar el 100 % del **monto permitido**.

Este límite nunca incluye **su prima**, cargos facturados por saldos impagos o cuidado de la salud que su **plan** o **seguro de salud** no cubre. Algunos planes o seguros de salud no tienen en cuenta todos sus pagos de **copagos**, **deducibles**, **coseguro**, fuera de la red u otros gastos que se aplican a este límite.



Jane paga	Su plan paga
0 %	100 %

(Para un ejemplo detallado, vea la página 4).

Servicios de médicos

Servicios de cuidado de la salud provistos o coordinados por un médico licenciado (M.D. - doctor en medicina o D.O. - doctor en medicina osteopática).

Plan

Un beneficio que su empleador, unión u otro patrocinador grupal le proporciona a usted para pagar por sus servicios de cuidado de la salud.

Preautorización

Una decisión de su **plan** o compañía de seguro de salud que determina que un servicio de cuidado de la salud, plan de tratamiento, **medicamento con receta** o **equipo médico duradero** es **médicamente necesario**. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su plan o **seguro de salud** puede requerir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted pueda recibirlos, excepto en una emergencia. La preautorización no es una promesa de que su plan o seguro de salud cubrirá el costo.

Proveedor preferido

Un **proveedor** que tiene un contrato con su **plan** o compañía de seguro de salud para proveerle servicios con descuento. Verifique su póliza para comprobar si usted puede visitar a todos los proveedores preferidos, o si su plan o seguro tiene una **red** de “niveles”. En este caso, usted tendrá que pagar un monto adicional para consultar a algunos de ellos. Su plan o seguro de salud puede tener proveedores preferidos que también sean proveedores “participantes”. Los proveedores participantes también tienen un contrato con su plan o compañía de seguro de salud, pero es posible que el descuento no sea tan grande y usted podría tener que pagar más.

Prima

El monto que se debe pagar por su **plan** o **seguro de salud**. Usted y/o su empleador usualmente la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Cobertura de medicamentos con receta

El plan o **seguro de salud** que le ayuda a pagar su medicina y **medicamentos con receta**.

Medicamentos con receta

Medicamentos y medicinas que por ley requieren una receta.

Médico de Cuidado Primario

Un médico (M.D. - doctor en medicina o D.O. - doctor en medicina osteopática) que directamente proporciona o coordina una serie de servicios de cuidado de la salud para un paciente.

Proveedor de Cuidado Primario

Un médico (M.D. - doctor en medicina o D.O. - doctor en medicina osteopática), enfermero(a) especializado(a), especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una serie de servicios de cuidado de la salud.

Proveedor

Un médico (M.D. - doctor en medicina o D.O. - doctor en medicina osteopática), profesional de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud licenciado, certificado o acreditado como lo requiere la ley estatal.

Cirugía reconstructiva

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo a causa de defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o condiciones médicas.

Servicios de rehabilitación

Servicios de cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que ha perdido o se han reducido a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología el habla y el lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de condiciones como paciente internado y/o ambulatorio.

Cuidado de enfermería especializada

Servicios de enfermeros(as) licenciados(as) prestados en su propio hogar o en un centro de convalecencia. Los servicios de cuidado especializado son brindados por técnicos y terapeutas en su propio hogar o en un centro de convalecencia..

Especialista

Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un **proveedor** que tiene más capacitación en un área específica del cuidado de la salud.

UCR (usual, acostumbrado y razonable)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica, basado en lo que los **proveedores** de esa área cobran usualmente por brindar el mismo servicio médico u otro similar. El monto UCR a veces se utiliza para determinar el **monto permitido**.

Cuidado urgente

El cuidado para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque cuidado de inmediato, pero no tan grave como para requerir cuidado en una **sala de emergencias**.

Cómo comparten los costos usted y su aseguradora – Ejemplo

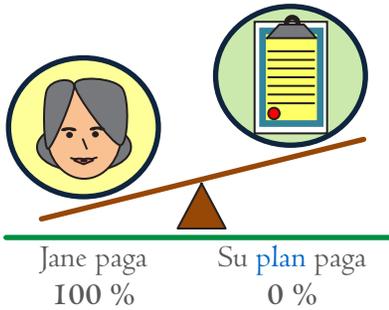
Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20 %

Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1.º de enero
Comienzo del período
de cobertura

31 de diciembre
Fin del período de cobertura



Jane aún no ha alcanzado su deducible de \$1,500

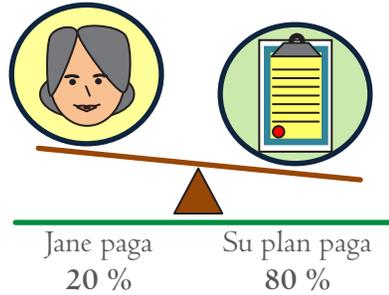
Su plan no paga ninguno de los costos.

Costo de visitas al consultorio: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→
más
costos



Si Jane alcanza su deducible de \$1,500, comienza el coseguro

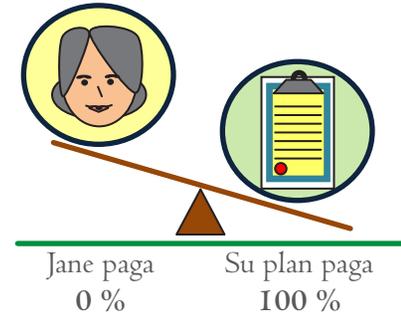
Jane ha consultado a un médico varias veces y pagó un total de \$1,500. Su plan pagará parte de los costos en su próxima visita.

Costo de visitas al consultorio: \$75

Jane paga: 20 % de \$75 = \$15

Su plan paga: 80 % de \$75 = \$60

→
más
costos



Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane ha consultado a un médico a menudo y pagó un total de \$5,000. Su plan paga el costo total de sus servicios de cuidado de la salud cubiertos por el resto del año.

Costo de visitas al consultorio: \$200

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$200